



[cancer.org](http://cancer.org) | 1.800.227.2345

---

## Causas, factores de riesgo y prevención del cáncer colorrectal

Conozca los factores de riesgo del cáncer colorrectal y lo que podría hacer para ayudar a reducir su riesgo.

### Factores de riesgo

Un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de que usted padezca una enfermedad, como por ejemplo el cáncer. Más sobre factores de riesgo del cáncer colorrectal

- [Factores de riesgo del cáncer colorrectal](#)
- [¿Qué causa el cáncer colorrectal?](#)

### Prevención

No hay forma garantizada para la prevención del cáncer endometrial Sin embargo, hay medidas que podrían reducir su riesgo. Acceda aquí para saber más.

- [¿Se puede prevenir el cáncer colorrectal?](#)
  - [Pruebas genéticas, detección y prevención para personas con antecedentes familiares contundentes de cáncer colorrectal](#)
- 

## Factores de riesgo del cáncer



mayor riesgo puede deberse a los altos niveles de insulina en personas con diabetes mellitus. Tanto la diabetes tipo 2 como el cáncer colorrectal comparten algunos de los mismos factores de riesgo (como tener sobrepeso e inactividad física). Sin embargo, aun cuando se toman estos factores en consideración, las personas con diabetes tipo 2 todavía presentan un mayor riesgo. Estas personas también suelen tener un pronóstico menos favorable después del diagnóstico.

### Ciertos tipos de alimentos

Una alimentación con un alto consumo de carne roja (como res, cerdo, cordero o hígado) y carnes procesadas (salchicha, *hot dogs* y algunos embutidos) pueden aumentar su riesgo de cáncer colorrectal.

Las carnes cocinadas a temperaturas muy altas (fritas, asadas o a la parrilla) pueden liberar químicos que podrían aumentar el riesgo de cáncer.

Tener un recuento bajo en el nivel de vitamina D puede que también incremente su riesgo.

Mantener un [patrón de alimentación saludable](#)<sup>3</sup> en el que se incluya muchas frutas, verduras, y granos enteros (integrales) y que además se limite o evite el consumo de carnes rojas y carnes procesadas al igual que el consumo de bebidas endulzadas con azúcar, probablemente reduce el riesgo.

### Fumar

Las personas que fuman (patrón de alimentación saludable<sup>3</sup>) probablemente tienen un mayor riesgo de desarrollar y morir de cáncer colorrectal que las personas que no lo hacen. Fumar tabaco también aumenta el riesgo de que las personas desarrollen pólipos en el colon. Se sabe que fumar causa cáncer de pulmón, pero también está relacionado con muchos [otros tipos de cáncer](#)<sup>4</sup>. Si usted fuma y quiere saber más sobre cómo dejar de fumar, refiérase a la información que se incluye en nuestra [guía para dejar de fumar](#)<sup>5</sup>.

El azúcar, probablemente reduce el riesgo de cáncer de pulmón,



grandes, si existen muchos de ellos, o si alguno de ellos muestra displasia.

Haber tenido cáncer colorrectal, aunque se haya extirpado por completo, incrementa la probabilidad de desarrollar nuevos cánceres en otras áreas del colon y del recto. Las probabilidades de que esto suceda son mucho mayores si usted padeció su primer cáncer colorrectal siendo joven.

### **Antecedente personal de enfermedad inflamatoria del intestino**

Su riesgo de cáncer colorrectal es mayor si usted padece la enfermedad inflamatoria del intestino (IBD, por sus siglas en inglés), incluyendo colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn.

La IBD es una afección en la que el colon se encuentra inflamado por un tiempo muy prolongado. Las personas que han padecido IBD por muchos años, especialmente si no ha sido tratada, a menudo llegan a tener **displasia**. El término displasia se utiliza para describir las células en el revestimiento del colon o del recto que lucen anormales sin que sean células cancerosas. Estas células pueden volverse cancerosas con el paso del tiempo.

Si usted padece IBD, puede que necesite empezar las pruebas de detección para el cáncer colorrectal a una edad más temprana y realizarlas con más frecuencia.

La enfermedad inflamatoria intestinal es diferente al síndrome del intestino irritable (IBS), el cual no parece que aumente su riesgo de cáncer colorrectal.

### **Antecedente previo de radioterapia dirigida al abdomen o al área pélvica**

El haber superado previamente un cáncer cuyo tratamiento haya incluido radioterapia a la región del colon (es decir, área pélvica y abdominal), incrementa la probabilidad de desarrollar cáncer colorrectal. Haber recibido radioterapia en esta región del cuerpo, en especial durante la infancia, implica una necesidad de comenzar a hacer las pruebas para la detección del cáncer colorrectal a una edad más temprana y con mayor frecuencia.

Asimismo, algunos estudios sugieren que los hombres que hayan recibido radioterapia para tratar el cáncer de próstata podrían tener un mayor riesgo de cáncer rectal, ya que el recto recibe algo de la radiación empleada en el tratamiento. La mayoría de estos estudios se basa en los hombres tratados en la década de 1980 y 1990, cuando los tratamientos de radiación eran menos precisos de lo que son hoy en día. El efecto que tienen los métodos más recientes en la emisión de radiación sobre el riesgo de cáncer

de recto se desconoce.

### **Antecedente familiar de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos**

La mayoría de los cánceres colorrectales se descubren en personas sin antecedentes familiares de cáncer colorrectal. A pesar de esto, tanto como 1 por cada 3 personas que llega a padecer cáncer colorrectal tiene otros familiares que lo han padecido.

Las personas con un antecedente de cáncer colorrectal en un familiar de primer grado (padre, madre, hermanos, hermanas o hijos) tienen un mayor riesgo. El riesgo es aún mayor si el cáncer del miembro familiar le fue diagnosticado antes de haber cumplido 50 años, o si hubo más casos de cáncer colorrectal entre los familiares de primer grado.

Las razones para el riesgo más elevado no están claras en todos los casos. Los cánceres que “vienen de familia” pueden deberse a genes heredados, a que se comparten factores ambientales o a cierta combinación de estos factores.

Tener familiares que hayan tenido pólipos adenomatosos también está relacionado con un mayor riesgo de cáncer de colon (los pólipos adenomatosos son la clase de pólipos que se pueden convertir en cáncer).

El síndrome de Lynch el síndrome hereditario de cáncer colorrectal más común. Es responsable de 2% a 4% de todos los casos de cáncer colorrectal aproximadamente. En la mayoría de los casos, este trastorno es causado por un defecto hereditario en ya sea cualquiera de los genes *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2* o *EPCAM*, pero cambios en otros genes también pueden ocasionar el síndrome de Lynch. Estos genes, llamados genes de reparación de errores de coincidencia del ADN (MMR), normalmente ayudan a reparar el ADN que ha sido dañado.

Los cánceres asociados a este síndrome suelen desarrollarse cuando las personas son relativamente jóvenes y con una tendencia a surgir en la parte derecha del colon. Las personas con síndrome de Lynch pueden presentar pólipos, pero suelen tener pocos solamente. Las personas con esta afección pueden llegar a tener un riesgo de hasta 50% de padecer cáncer colorrectal durante el transcurso de su vida dependiendo de qué gen esté afectado.

Las mujeres con esta afección también tienen un riesgo muy alto de cáncer de endometrio (el revestimiento del útero). Otros cánceres asociados con el síndrome de Lynch incluyen el cáncer de ovario, estómago, intestino delgado, páncreas, riñón, próstata, uréteres (conductos que llevan la orina desde los riñones hasta la vejiga) y vías biliares. Las personas con el síndrome de Turcot (una afección no común hereditaria) que presenten algún defecto en uno de los genes del síndrome de Lynch presentan un mayor riesgo de cáncer colorrectal, así como de un tipo específico de cáncer cerebral denominado glioblastoma.

Para más información sobre el síndrome de Lynch, refiérase a [¿Conocemos las causas del cáncer colorrectal?](#), [¿Se puede prevenir el cáncer colorrectal?](#) y [Síndromes de cáncer familiar](#)<sup>10</sup>.

### ***Poliposis adenomatosa familiar***

La poliposis adenomatosa familiar (FAP, siglas en inglés) es causada por cambios (mutaciones) en el gen *APC* que una persona hereda de sus padres. Aproximadamente 1% de todos los cánceres colorrectales son causados por poliposis adenomatosa familiar.

En el tipo más común de FAP, se desarrollan cientos o miles de pólipos en el colon y el recto de una persona, a menudo comenzando entre los 10 y 12 años. El cáncer generalmente se desarrolla en 1 o más de estos pólipos a los 20 años. A los 40 años, casi todas las personas con FAP tendrán cáncer de colon si no se les ha extirpado el colon para prevenirlo. Las personas con FAP también están en mayor riesgo de cáncer de estómago, intestino delgado, páncreas, hígado y de algunos otros órganos.

Hay tres subtipos de FAP:

- En la **FAP atenuada**, o **AFAP**, los pacientes tienen un menor número de pólipos (menos de 100) y el cáncer colorrectal tiende a ocurrir a una edad más avanzada (entre 40 y 59 años).
- El **síndrome de Gardner** es un tipo de FAP que también se manifiesta con tumores no cancerosos en piel, tejidos blandos y huesos.
- Con el **síndrome de Turcot**, las personas presentan una mutación del gen *APC* presentan un alto riesgo de tener muchos pólipos adenomatosos y cáncer colorrectal, pero también un tipo específico de cáncer cerebral llamado meduloblastoma.

### ***Afecciones hereditarias poco comunes asociadas al cáncer colorrectal***

- **Síndrome Peutz-Jeghers (PJS):** las personas con esta afección hereditaria tienden a presentar pecas alrededor de la boca (y algunas veces en sus manos y pies) y un tipo especial de pólipo llamados **hamartomas** en sus tractos digestivos. Estas personas presentan un riesgo mucho mayor de cáncer colorrectal y otros tipos de cáncer como el cáncer mamario, ovárico y pancreático. Por lo general se diagnostican a una edad más temprana de la cual normalmente esto ocurre. Este síndrome es causado por mutaciones en el gen *STK11 (LKB1)*.
- **Poliposis asociada a *MUTYH* (MAP):** la gente con este síndrome desarrollan muchos pólipos en el colon, los cuales casi siempre se vuelven cancerosos si no son minuciosamente vigilados a través de colonoscopias rutinarias. Estas personas también tienen un mayor riesgo de cáncer de tracto gastrointestinal (GI), seno, ovario, vejiga y tiroides. Este síndrome es causado por mutaciones en el gen *MUTYH* (que participa en la “corrección” del ADN para corregir cualquier error) y a menudo conduce a cáncer a una edad más temprana.

**Fibrosis quística (FQ):** La FQ (o CF por sus siglas en inglés) es una afección hereditaria en la que las células de algunos órganos del cuerpo producen una mucosidad más espesa y pegajosa de lo normal. Esto puede provocar problemas de salud, especialmente en los pulmones y el páncreas. A medida que una mejor atención médica ha ayudado a las personas con FQ a vivir más tiempo, ha quedado claro que las personas con FQ también tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, que generalmente ocurre a una edad mucho más temprana que las personas sin esta afección. El riesgo de cáncer colorrectal es



trasplante de pulmón. La FQ es causada por mutaciones en el gen *CFTR*.

Puesto que muchos de estos síndromes se asocian a cáncer colorrectal a una edad temprana y a otros tipos de cáncer, identificar a las familias con estos síndromes hereditarios es importante. Esto permite a los médicos recomendar medidas específicas como pruebas de detección y otras medidas preventivas cuando la persona es más joven. Para más información sobre la evaluación del riesgo, asesoría genética y pruebas genéticas para muchos de estos síndromes, refiérase al contenido sobre [pruebas genéticas, detección y prevención para las personas con antecedentes contundentes de cáncer colorrectal en la familia](#).

## Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/risk-prevention/diet-physical-activity/body-weight-and-cancer-risk.html](http://www.cancer.org/es/cancer/risk-prevention/diet-physical-activity/body-weight-and-cancer-risk.html)
2. [www.cancer.org/es/cancer/risk-prevention/diet-physical-activity/take-control-your-weight.html](http://www.cancer.org/es/cancer/risk-prevention/diet-physical-activity/take-control-your-weight.html)
3. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/alimentacion-y-actividad-fisica/alimentacion-sana.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/alimentacion-y-actividad-fisica/alimentacion-sana.html)
4. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/tabaco/riesgos-para-la-salud-debido-al-tabaquismo/fumar-tabaco.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/tabaco/riesgos-para-la-salud-debido-al-tabaquismo/fumar-tabaco.html)
5. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/tabaco/guia-para-dejar-de-fumar.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/tabaco/guia-para-dejar-de-fumar.html)
6. [www.cancer.org/es/cancer/risk-prevention/diet-physical-activity/alcohol-use-and-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/risk-prevention/diet-physical-activity/alcohol-use-and-cancer.html)
7. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/alimentacion-y-actividad-fisica/guias-sobre-nutricion-y-actividad-fisica-para-la-prevencion-del-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/alimentacion-y-actividad-fisica/guias-sobre-nutricion-y-actividad-fisica-para-la-prevencion-del-cancer.html)
8. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html)
9. [www.cancer.org/es/cancer/entendimiento-del-cancer/genetica-y-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/entendimiento-del-cancer/genetica-y-cancer.html)
10. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/sindromes-de-cancer-familiar.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/sindromes-de-cancer-familiar.html)

## Referencias

American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2023*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2023.

American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2023-2025*. Atlanta, GA.

Ballester V, Rashtak S, Boardman L. Clinical and molecular features of young-onset colorectal cancer. *World J Gastroenterol*. 2016; 22(5):1736-1744.

Berger AH and Pandolfi PP. Ch 5 - Cancer Susceptibility Syndromes. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2019.

Chung DC. Clinical manifestations and diagnosis of familial adenomatous polyposis. Lamont JT and Grover S, eds. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on Jan 29, 2024.)

Dashti SG, Win AK, Hardikar SS, et al. Physical activity and the risk of colorectal cancer in Lynch syndrome. *Int J Cancer*. 2018;143(9):2250–2260. doi:10.1002/ijc.31611.

Grover S and Stoffel E. MUTYH-associated polyposis. Lamont JT and Robson KM, eds. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on Jan 29, 2024.)

Lawler M, Johnston B, Van Schaeybroeck S, Salto-Tellez M, Wilson R, Dunlop M, and Johnston PG. Chapter 74 – Colorectal Cancer. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2020.

Libutti SK, Saltz LB, Willett CG, and Levine RA. Ch 62 - Cancer of the Colon. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2019. Macrae FA. Epidemiology and risk factors for colorectal cancer. Goldberg RM and Seres D, eds. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on Jan 29, 2024.)

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Colorectal Cancer Prevention. 2023. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-prevention-pdq> on Jan 29, 2024.

National Cancer Institute. Genetics of Colorectal Cancer (PDQ®)–Health Professional Version. 2023. [https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colorectal-genetics-pdq#link/\\_2606](https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colorectal-genetics-pdq#link/_2606). Accessed Jan 29, 2024.

Rock CL, Thomson C, Gansler T, et al. American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2020;70(4). doi:10.3322/caac.21591. Accessed at <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21591> on Jan 29, 2024.

Hall MJ and Neumann CC. Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer): Clinical manifestations and diagnosis. Lamont JT and Grover S, eds. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on Jan 29, 2024.)

Zhu Z, Zhao S, Liu Y, et al. Risk of secondary rectal cancer and colon cancer after radiotherapy for prostate cancer: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2018;33(9):1149-

---

## ¿Qué causa el cáncer colorrectal?

- Ciertos genes que fomentan el crecimiento, reproducción y bienestar de las células se denominan **oncogenes**.
- Los genes que fomentan el control de la reproducción celular o que provocan el perecimiento oportuno de las células (el momento indicado de muerte celular) son denominados **genes supresores de tumores**.

El cáncer puede ser causado por mutaciones (cambios) en el ADN que activan los oncogenes o desactivan los genes supresores de tumores. Esto puede resultar en un crecimiento celular descontrolado. Los cambios en muchos genes diferentes son usualmente necesarios para que se origine el cáncer colorrectal.

Para más información sobre cómo los cambios genéticos pueden conducir a cáncer, refiérase al contenido sobre [genética y cáncer](#)<sup>1</sup>.

## Mutaciones genéticas hereditarias (línea germinal)

Algunas mutaciones de ADN se pueden transmitir en las familias y se encuentran en todas las células de una persona. Estas se denominan **mutaciones hereditarias**. Una cantidad muy pequeña de los casos de cáncer colorrectal se debe a mutaciones genéticas hereditarias. Ahora se conocen muchos de estos cambios en el ADN y sus efectos en el crecimiento celular. Por ejemplo:

- La **poliposis adenomatosa familiar (FAP, siglas en inglés)**, la **FAP atenuada (AFAP)** y el **síndrome de Gardner** son causados por cambios hereditarios en el gen *APC*. El *APC* es un gen supresor de tumores (normalmente ayuda a mantener el crecimiento celular bajo control). En las personas con cambios hereditarios en el gen *APC*, este “freno” del crecimiento celular se desactiva, causando que se formen cientos de pólipos en el colon. Con el tiempo, casi siempre se desarrolla cáncer que se origina en uno o más de estos pólipos.
- El **síndrome de Lynch (cáncer de colon hereditario sin poliposis, o HNPCC)**, es causado por cambios en los genes que normalmente ayudan a una célula a reparar daños en el ADN. Una mutación en uno de los genes reparadores del ADN, como *MLH1*, *MSH2*, *MSH6*, *PMS2* y *EPCAM* puede evitar que se corrijan errores del ADN. Estos errores algunas veces afectarán los genes reguladores del crecimiento, lo cual puede ocasionar la formación del cáncer.
- El **síndrome Peutz-Jeghers** es causado por cambios hereditarios en el gen *STK11(LKB1)*, un gen supresor de tumores.
- La **poliposis asociada al gen MUTYH (MAP)** es causada por mutaciones en este

gen que interviene en cómo la célula “corrige” o verifica el ADN y repara errores que ocurren durante la reproducción celular..

- La **fibrosis quística** es causa de mutaciones hereditarias en el gen *CFTR*. Aún no está claro exactamente cómo los cambios en este gen aumentan el riesgo de cáncer colorrectal.

Las pruebas genéticas especiales pueden encontrar las mutaciones genéticas relacionadas con estas afecciones hereditarias. Si usted presenta antecedentes familiares de pólipos, cáncer colorrectal u otros síntomas relacionados con estas afecciones, puede que quiera consultar con su médico sobre la [asesoría y pruebas genéticas](#).

La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda consultar con un profesional calificado sobre genética del cáncer antes de someterse a alguna de estas pruebas. Para más información, refié5 mi8rTofrg /GSI2.227.2345

---

---

1. [www.cancer.org/es/cancer/entendimiento-del-cancer/genetica-y-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/entendimiento-del-cancer/genetica-y-cancer.html)
2. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/pruebas-geneticas-para-evaluar-el-riesgo-de-cancer/compreension-de-las-pruebas-geneticas-para-el-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/pruebas-geneticas-para-evaluar-el-riesgo-de-cancer/compreension-de-las-pruebas-geneticas-para-el-cancer.html)
3. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/pruebas-geneticas-para-evaluar-el-riesgo-de-cancer/what-happens-during-genetic-testing-for-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/pruebas-geneticas-para-evaluar-el-riesgo-de-cancer/what-happens-during-genetic-testing-for-cancer.html)

## Referencias

American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2023-2025*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2023.

Kelly SR and Nelson H. Chapter 75 – Cancer of the Rectum. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2020.

Lawler M, Johnston B, Van Schaeybroeck S, Salto-Tellez M, Wilson R, Dunlop M, and Johnston PG. Chapter 74 – Colorectal Cancer. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2020.

Libutti SK, Saltz LB, Willett CG, and Levine RA. Ch 62 - Cancer of the Colon. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2019.

Libutti SK, Willett CG, Saltz LB, and Levine RA. Ch 63 - Cancer of the Rectum. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2019.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Colorectal Cancer Prevention. 2023. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-prevention-pdq> on Jan 29, 2024.

Rock CL, Thomson C, Gansler T, et al. American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2020;70(4). doi:10.3322/caac.21591. Accessed at

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21591> on Jan 29, 2024.

Actualización más reciente: enero 29, 2024

## ¿Se puede prevenir el cáncer colorrectal?

- [Pruebas de detección del cáncer colorrectal](#)
- [Peso corporal, actividad física y alimentación](#)
- [No fumar](#)
- [Vitaminas, calcio y magnesio](#)
- [Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos](#)
- [Terapia de reemplazo hormonal para mujeres](#)

No hay una manera de prevenir el cáncer colorrectal de forma garantizada. Sin embargo, usted puede tomar medidas que pueden ayudar a reducir su riesgo, como cambiar los [factores de riesgo](#) que sí puede controlar.

### Pruebas de detección del cáncer colorrectal

Las pruebas de detección se realizan como parte del proceso de determinar la presencia de cáncer o precáncer en las personas que no presentan ningún síntoma de la enfermedad. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal que se hacen regularmente son una de las herramientas más poderosas para prevenir este tipo de cáncer.

Desde el momento en que las primeras células anormales comienzan a crecer para convertirse en pólipos, usualmente transcurren aproximadamente de 10 a 15 años para que éstas se transformen en cáncer colorrectal. La mayoría de los pólipos se pueden descubrir con pruebas de detección de forma periódica y se pueden extirpar antes de que tengan la oportunidad de convertirse en cáncer. Las pruebas de detección también pueden ayudar a [encontrar el cáncer colorrectal en sus etapas iniciales](#)<sup>1</sup>, cuando es pequeño, no se ha propagado y es más fácil de tratar.

Si tiene 45 años o más, usted debe comenzar las pruebas de detección del cáncer

colorrectal. Se pueden usar varios tipos de pruebas. Hable con su doctor sobre cuáles



## ayudar a disminuir su riesgo.

**Alcohol:** varios estudios han reportado un mayor riesgo de cáncer colorrectal debido a un aumento en el consumo de bebidas con alcohol, especialmente entre las bebidas con alcohol. Lo mejor es evitar el consumo en su totalidad. No obstante, quienes opten por tomar bebidas con alcohol, el consumo no deberá sobrepasar a una (1) bebida para las mujeres y a dos (2) bebidas para los hombres, por día. **No beber alcohol puede ayudar a reducir su riesgo.**

Para obtener más información sobre alimentación y la actividad física, refiérase al contenido sobre las [guías sobre alimentación y actividad física para la prevención del cáncer](#)<sup>3</sup>.

## No fumar

El hábito de fumar durante un plazo extenso está relacionado con un mayor riesgo de cáncer colorrectal, así como de muchos otros cánceres y con problemas de salud.

**Dejar de fumar** puede contribuir en la reducción de su riesgo de cáncer colorrectal, además de muchos otros tipos de cáncer. Si fuma y [le gustaría dejar de hacerlo](#)<sup>4</sup>, llame a la Sociedad Americana Contra El Cáncer al 1-800-227-2345.

## Vitaminas, calcio y magnesio

Algunos estudios indican que, si se toma diariamente un complejo multivitamínico que contenga ácido fólico o folato, se puede reducir el riesgo de padecer cáncer colorrectal. Sin embargo, no todos los estudios indican esto. De hecho, algunos estudios han sugerido que el ácido fólico podría contribuir al crecimiento de tumores existentes. Aún se necesita investigar más al respecto.

Por otro lado, algunos estudios han sugerido que la vitamina D (la cual se puede obtener mediante la exposición al sol, ciertos alimentos o mediante una pastilla de vitamina) puede reducir el riesgo de cáncer colorrectal. Los estudios han demostrado que los niveles bajos de vitamina D están asociados con un mayor riesgo de cáncer colorrectal y otros tipos de cáncer. Debido a la preocupación de que la exposición excesiva al sol pueda causar cáncer de piel, actualmente la mayoría de los expertos no recomienda esta forma de reducir el riesgo de cáncer colorrectal. Se necesitan más estudios para determinar si aumentar la ingesta de vitamina D de un suplemento puede ayudar a prevenir el cáncer colorrectal. Puede ser útil evitar un nivel bajo de vitamina D; lo mejor es hablar con su médico acerca de si su nivel de vitamina D debe ser analizado.

En algunos estudios, los bajos niveles de calcio han sido asociados con un mayor riesgo de cáncer colorrectal. Otros estudios indican que el aumento de la ingestión de calcio podría reducir el riesgo de cáncer colorrectal. El calcio es importante por varias razones de salud además de los posibles efectos en el riesgo de cáncer. Pero debido al posible aumento del riesgo de cáncer de próstata en hombres con un alto consumo de calcio/productos lácteos, y al posible menor riesgo de otros tipos de cáncer, como el cáncer colorrectal y el cáncer de mama, la Sociedad Estadounidense del Cáncer no tiene recomendaciones específicas sobre el consumo de productos lácteos para prevención de cáncer.

La vitamina D y el calcio podrían funcionar juntos para reducir el riesgo de cáncer colorrectal, ya que la vitamina D ayuda a que el cuerpo absorba el calcio. Aun así, no todos los estudios han encontrado que los suplementos de estos nutrientes reduzcan el riesgo.

Varios estudios han encontrado una posible asociación entre una alimentación alta en magnesio y un riesgo reducido de cáncer colorrectal, especialmente en mujeres. Se necesitan más investigaciones para determinar si este vínculo existe.

## **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos**

Muchos estudios han encontrado que las personas que toman habitualmente aspirina u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID, por sus siglas en inglés), tales como ibuprofeno (Motrin, Advil) y naproxeno (Aleve), tienen menos riesgo de padecer cáncer colorrectal y pólipos.

Sin embargo, la aspirina y otros NSAID pueden causar efectos secundarios que pueden ser graves o atentar contra la vida, (como sangrado debido a la irritación del estómago o úlceras estomacales), y que pueden ser superiores a los beneficios de estos medicamentos en la población general. Por esta razón, la Sociedad Estadounidense del Cáncer no recomienda tomar AINE solo para reducir el riesgo de cáncer colorrectal si tiene un riesgo promedio.

No obstante, para algunas personas de entre 50 y 59 años de edad que tienen un elevado riesgo de enfermedades del corazón, quienes se beneficiarían de dosis bajas de aspirina, puede que la aspirina también les ofrezca un beneficio adicional de reducir el riesgo de cáncer colorrectal.

Debido a que la aspirina y otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos pueden causar graves efectos secundarios, consulte con su médico antes de comenzar cualquiera de ellos regularmente.

## Terapia de reemplazo hormonal para mujeres

Algunos estudios han demostrado que tomar estrógeno y progesterona después de la menopausia (a veces llamada *terapia hormonal menopáusica* o *terapia de reemplazo hormonal combinada*) puede reducir el riesgo de una mujer de desarrollar cáncer colorrectal, pero otros estudios no lo han hecho.

Debido a que tomar estrógeno y progesterona después de la menopausia también puede aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca, coágulos sanguíneos, cánceres de seno y de pulmón en la mujer, esto no es comúnmente recomendado solo para reducir el riesgo de cáncer colorrectal.

Si usted está considerando utilizar la terapia hormonal en la menopausia, asegúrese de hablar con su médico sobre los riesgos y posibles beneficios.

### Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas.html)
2. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/sindromes-de-cancer-familiar.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/sindromes-de-cancer-familiar.html)
3. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/alimentacion-y-actividad-fisica/guias-sobre-nutricion-y-actividad-fisica-para-la-prevencion-del-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/alimentacion-y-actividad-fisica/guias-sobre-nutricion-y-actividad-fisica-para-la-prevencion-del-cancer.html)
4. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/tabaco/guia-para-dejar-de-fumar.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/tabaco/guia-para-dejar-de-fumar.html)

### Referencias

American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2020-2022*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2020.

Chlebowski RT, Wactawski-Wende J, Ritenbaugh C, Hubbell FA, Ascensao J, Rodabough RJ, et al. Estrogen plus progestin and colorectal cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med*. 2004 Mar 4;350(10):991-1004.

Kelly SR and Nelson H. Chapter 75 – Cancer of the Rectum. En: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, pa: Elsevier: 2020.

Lawler M, Johnston B, Van Schaeybroeck S, Salto-Tellez M, Wilson R, Dunlop M, and Johnston PG. Chapter 74 – Colorectal Cancer. En: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, pa: Elsevier: 2020.

Libutti SK, Saltz LB, Willett CG, and Levine RA. Ch 62 - Cancer of the Colon. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

Libutti SK, Willett CG, Saltz LB, and Levine RA. Ch 63 - Cancer of the Rectum. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Colorectal Cancer Prevention. 2019. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-prevention-pdq> on February 23, 2020.

Rock CL, Thomson C, Gansler T, et al. Guía sobre alimentación y actividad física para la prevención del cáncer de la Sociedad Americana Contra El Cáncer A Cancer Journal for Clinicians. 2020;70(4). doi:10.3322/caac.21591. Accessed at <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21591> on June 9, 2020.

Actualización más reciente: junio 9, 2020

## Pruebas genéticas, detección y prevención para personas con antecedentes familiares contundentes de cáncer colorrectal

- [Pruebas para el síndrome de Lynch \(cáncer colorrectal hereditario sin poliposis, o HNPCC\)](#)
- [Pruebas para detectar poliposis adenomatosa familiar](#)
- [Pruebas para otros síndromes de cáncer hereditario](#)

Si tiene antecedentes familiares de pólipos o cáncer colorrectal, usted tiene un mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal. Este riesgo puede ser aún mayor en personas con un fuerte antecedente familiar de cáncer colorrectal. El cáncer en los familiares cercanos (de primer grado), como padres, hermanos, y hermanas causa más preocupación, aunque también puede ser importante en familiares más lejanos. Tener dos o más familiares con cáncer colorrectal causa más preocupación que tener un solo familiar con la enfermedad. También es más preocupante si sus familiares fueron diagnosticados con cáncer a una edad más temprana de lo habitual.

**Si usted tiene un antecedente familiar de cáncer colorrectal, consulte con su médico.**

## **Pruebas para el síndrome de Lynch (cáncer colorrectal hereditario sin poliposis, o HNPCC)**

El síndrome de Lynch puede aumentar significativamente el riesgo de una persona de padecer cáncer colorrectal. El riesgo de cáncer colorrectal en el transcurso de la vida de una persona con esta afección puede variar de aproximadamente 10% a alrededor de 80%, dependiendo de cuál mutación genética esté causando el síndrome.

Un segundo grupo de criterios, llamados lineamientos de Bethesda actualizados, se puede usar para que ayude a determinar si una persona con cáncer colorrectal deberá someterse a pruebas para detectar cambios genéticos que son vistos en los casos de síndrome de Lynch (a estos cambios se les denomina **inestabilidad de microsatélite** o MSI). Estos criterios incluyen al menos uno de los siguientes:

- La persona es menor de 50 años cuando fue diagnosticada con cáncer colorrectal.
- La persona tiene o ha tenido un segundo cáncer colorrectal u otro cáncer ([endometrio](#)<sup>3</sup>, [estómago](#)<sup>4</sup>, [páncreas](#)<sup>5</sup>, [intestino delgado](#)<sup>6</sup>, [ovario](#)<sup>7</sup>, [riñón](#)<sup>8</sup>, [encéfalo](#)<sup>9</sup>, uréteres o [vías biliares](#)<sup>10</sup>) que está relacionado con el síndrome de Lynch.
- La persona es menor de 60 años y el cáncer tiene ciertas características vistas en el síndrome de Lynch cuando se observa al microscopio.
- La persona tiene un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos) menor de 50 años que haya sido diagnosticado con cáncer colorrectal u otro cáncer relacionado con el síndrome de Lynch.
- La persona tiene dos o más familiares de primer o segundo grado (tías, tíos, abuelos, sobrinas, sobrinos y primos) que tuvieron cáncer colorrectal u otro cáncer relacionado con el síndrome de Lynch a cualquier edad.

Si una persona con cáncer colorrectal tiene cualquiera de los criterios de Bethesda, se puede recomendar realizar pruebas para MSI. Si se detecta MSI, el médico generalmente recomendará que el paciente se haga la prueba de mutaciones genéticas relacionada con el síndrome de Lynch.

Es importante saber que la mayoría de las personas que cumple con los criterios Bethesda no tiene síndrome de Lynch, y que usted puede tener este síndrome y no cumplir con ninguno de los criterios mencionados. Para decidir quién debe someterse a las pruebas para MSI, no todos los doctores utilizan los lineamientos de Bethesda. De hecho, algunos expertos recomiendan que a todos los cánceres colorrectales se les realicen las pruebas para [deficiencia de MMR MSI](#)<sup>11</sup>. Para cualquier persona cuyo cáncer tenga un nivel alto de MSI o presente una falta (deficiencia) de una de las proteínas MMR, lo más probable es que los médicos recomienden pruebas genéticas para el síndrome de Lynch.

Incluso si usted no tiene cáncer, puede que su médico sospeche que el síndrome de Lynch abunde en su familia basándose en los casos de cáncer colorrectal y otros cánceres relacionados con este síndrome que afectan a sus familiares. En ese caso, puede que su médico recomiende asesoría genética para evaluar su riesgo.

### **Si el síndrome de Lynch está presente en su familia**

En las familias en las que se sabe que tienen una mutación genética del síndrome de Lynch, los médicos recomiendan que los familiares que han dado positivo a las pruebas para la mutación y aquéllos que no se han sometido a las pruebas deben comenzar las pruebas de detección con colonoscopia tras cumplir los 20 años de edad, o comenzar a una edad de 2 a 5 años menor que la edad del familiar más joven que haya sido

---

---



genéticas para identificar la presencia de cambios genéticos que causen los síndromes.

## Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/pruebas-geneticas-para-evaluar-el-riesgo-de-cancer/compcion-de-las-pruebas-geneticas-para-el-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/pruebas-geneticas-para-evaluar-el-riesgo-de-cancer/compcion-de-las-pruebas-geneticas-para-el-cancer.html)
2. [www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/pruebas-geneticas-para-evaluar-el-riesgo-de-cancer/what-happens-during-genetic-testing-for-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/prevencion-del-riesgo/genetica/pruebas-geneticas-para-evaluar-el-riesgo-de-cancer/what-happens-during-genetic-testing-for-cancer.html)
3. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-endometrio.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-endometrio.html)
4. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-estomago.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-estomago.html)
5. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pancreas.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pancreas.html)
6. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-intestino-delgado.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-intestino-delgado.html)
7. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-ovario.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-ovario.html)
8. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-rinon.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-rinon.html)
9. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/tumores-de-encefalo-o-de-medula-espinal.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/tumores-de-encefalo-o-de-medula-espinal.html)
10. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-del-conducto-biliar.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-del-conducto-biliar.html)
11. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-para-el-cancer-colorrectal.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-para-el-cancer-colorrectal.html)
12. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/recomendaciones-de-la-sociedad-americana-contr-el-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/recomendaciones-de-la-sociedad-americana-contr-el-cancer.html)
13. [www.cancer.org/es/cancer/types/colon-rectal-cancer/early-detection/acs-recommendations.html](http://www.cancer.org/es/cancer/types/colon-rectal-cancer/early-detection/acs-recommendations.html)

## Referencias

Kelly SR and Nelson H. Chapter 75 – Cancer of the Rectum. En: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, pa: Elsevier: 2020.

Lawler M, Johnston B, Van Schaeybroeck S, Salto-Tellez M, Wilson R, Dunlop M, and Johnston PG. Chapter 74 – Colorectal Cancer. En: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, pa: Elsevier: 2020.

Libutti SK, Saltz LB, Willett CG, and Levine RA. Ch 62 - Cancer of the Colon. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

Libutti SK, Willett CG, Saltz LB, and Levine RA. Ch 63 - Cancer of the Rectum. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal. V.3.2019. Accessed at [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/genetics\\_colon.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_colon.pdf) on Feb 23, 2020.

Actualización más reciente: junio 29, 2020

## Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la American Cancer Society (<https://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html>)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

La información médica de la American Cancer Society está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor refiérase a nuestra Política de Uso de Contenido ([www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html](http://www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html)) (información disponible en inglés).

**cancer.org | 1.800.227.2345**